

## Comitato provinciale di MILANO

corso sul

### PAZIENTE PSICHIATRICO

Dr. Gullone Elio

**“Gli incontri, proprio perché autentici, con persone vere, non sono sempre edificanti. Alcuni dei soccorsi sono persone difficili, e l’incontro con loro diventa sgradevole”**

“Esistono alcune categorie di persone: **tossicodipendenti, alcolisti, soggetti che tentano il suicidio, depressi**, che suscitano fastidio o rabbia (e forse minore propensione all'aiuto) nei volontari, in quanto sarebbero ritenuti in qualche modo responsabili del loro “male”. Il soccorso a queste persone può apparire come un torto nei confronti di altri più “meritevoli” di aiuto”

*Maria TERSA Fenoglio 2008*

## MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI

dell'American Psychiatric Association, la prima stesura nel 1952  
oggi siamo **(DSM-IV-TR, 2000)**

Compatibile con le classificazioni proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi sanitari correlati , nel 1948 il primo testo  
oggi siamo **(ICD -10, 1992)**

## DSM IV

### Storia

La prima versione risale al 1952 (**DSM-I**) e fu redatta dall'*American Psychiatric Association* (APA), come replica degli operatori nell'area del disagio mentale all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che nel 1948 aveva pubblicato un testo, la classificazione ICD (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*), esteso pure all'ambito dei disturbi psichiatrici. Da allora vi sono state ulteriori edizioni: nel 1968 (**DSM-II**), nel 1980 (**DSM-III**), nel 1987 (**DSM-III-Revised**), nel 1994 (**DSM-IV**) e nel 2000 (**DSM-IV-Text Revision** o **DSM-IV-TR**, quella attualmente in vigore). Sono state anche effettuate piccole modifiche nelle ristampe di alcune versioni intermedie; particolarmente significativa la settima ristampa del DSM-II, che nel 1972 espulse l'omosessualità dalla classificazione psicopatologica. Il **DSM-V** è in fase di pianificazione, e dovrebbe essere pubblicato intorno al 2012. Nel corso degli anni il manuale è stato migliorato ed arricchito con riferimenti allo sviluppo attuale della ricerca psicologica in numerosi campi, ma anche con nuove definizioni di disturbi mentali: la sua edizione più

recente classifica un numero di disturbi mentali pari a tre volte quello della prima edizione.

Consiste in una classificazione "nosografica ateorica assiale" dei disturbi mentali. I disturbi mentali vengono definiti in base a quadri sintomatologici, e questi ultimi sono raggruppati su basi statistiche.

**DSM-IV** è la quarta revisione di un lavoro di ricerca di consenso di mezzo secolo da parte dell'*American Psychiatric Association*. Parte della popolarità del DSM-IV è dovuta al fatto che esso si basa su una vasta base empirica ed è ateorico cioè si è limitato a identificare le tipologie più frequenti di disturbo psichico e a fotografarne gli elementi associati.

## Descrizione del DSM-IV-TR

---

Il manuale, secondo gli intendimenti degli autori e dell'APA, dovrebbe essere:

- *nosografico*: i quadri sintomatologici sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo, e sono valutati in base a casistiche frequenziali.
- *ateorico*: non si basa su nessun tipo di approccio teorico, né comportamentista, né cognitivista, né psicoanalitico, né gestaltico, etc.
- *assiale*: raggruppa i disturbi su 5 assi, al fine di semplificare e indicare una diagnosi standardizzata.
- *su basi statistiche*: si rivolge ad esse in quanto il sintomo acquista valore come dato frequenziale; i concetti statistici di media, frequenza, moda, mediana, varianza, correlazione, ecc. giungono ad essere essi stessi il "solco" mediante il quale si valuta la presenza o meno di un disturbo mentale.

Si tratta di un manuale che raccoglie attualmente più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi (per lo più quelli osservabili nel comportamento dell'individuo, ma non mancano riferimenti alla struttura dell'io e della personalità). Il problema della malattia mentale non è un problema esclusivamente biologico o organicista come si credeva in passato (a tal proposito si parla di "riduzionismo biologico"), l'approccio attuale è necessariamente un approccio "multidisciplinare": la malattia mentale è in sé stessa multifattoriale e ciò comporta che si tenga conto di tutti i diversi paradigmi di spiegazione. Il disturbo mentale è il risultato di una "condizione sistemica" in cui, rientrano: il patrimonio genetico, la costituzione, le vicende di vita, le esperienze maturate, gli stress, il tipo di ambiente, la qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari, l'individuale diversa plasticità dell'encefalo, i meccanismi psicodinamici, la peculiare modalità di reagire, di opporsi, di difendersi. Dunque, una visione "plurifattoriale integrata" della malattia mentale. Non a caso, il DSM-IV-TR non fa uso di termini quali infermità o malattia, ma ricorre al più generale concetto di "disturbo mentale".

## La sua struttura

Il DSM è uno strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali. Il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell'analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all'universo dei disturbi mentali. La sua struttura segue un sistema **multiassiale**: divide i disturbi in cinque Assi, così ripartiti:

- **ASSE I**: disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non "strutturali" e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica: lo psichiatra cerca la presenza di disturbi clinici che possono essere riconducibili non solo al cervello e al sistema nervoso, ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa che il soggetto può avere (per esempio valuterà se il soggetto è sieropositivo, malato cronico, etc.)
- **ASSE II**: disturbi di personalità e ritardo mentale. Disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili ad una condizione "pre-morbosa"; generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse I, cui fanno da contesto. Questo asse è divisa in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità.
- **ASSE III**: condizioni mediche acute e disordini fisici
- **ASSE IV**: condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine
- **ASSE V**: valutazioni globali del funzionamento

Per fare qualche esempio, il DSM inserisce nell'ASSE I disturbi come schizofrenia ed altre forme di psicosi, e disturbi altrimenti noti come nevrosi, che il manuale ha "abolito" dalla sua nomenclatura. Nell'ASSE II invece sono raccolti disturbi di personalità come quello borderline o quello paranoide. I restanti tre assi possono inquadrare sotto aspetti più ampi il paziente.

Per ciascun disturbo mentale è effettuata una breve descrizione del cosiddetto "funzionamento generale", che allude alle strategie di gestione psichica ed ambientale dell'individuo, a grandi linee, ed un elenco di comportamenti sintomatici o stili di gestione delle emozioni o altri aspetti della vita psichica. Generalmente il DSM richiede un *cut-off*, un numero minimo di sintomi raccolti per poter effettuare una corretta diagnosi. Ad esempio per il "Disturbo antisociale di personalità" si parla di un «quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri» (APA, 1994) e di «tre (o più)» caratteristiche elencate, fra cui disonestà, incapacità di conformarsi alle norme sociali, irritabilità e aggressività.

Di solito il DSM richiede un periodo minimo di presenza dei sintomi per poter effettuare una diagnosi (si parla di alcuni mesi). Altri criteri di esclusione sono l'età di insorgenza del disturbo (per i disturbi di personalità ad esempio si richiede l'insorgenza nell'adolescenza) ed una diagnosi differenziale rispetto a disturbi che potrebbero essere accomunati dagli stessi sintomi.

## Diffusione e critiche

Il DSM è stato definito negli anni *la Bibbia di Psichiatria*, visto il larghissimo numero di psichiatri, medici e psicologi che lo utilizzano come principale riferimento per la propria attività clinica e di ricerca, ed è presto diventato uno dei principali punti di riferimento diagnostico anche nel campo della psicoterapia non legata alla psichiatria ed alla medicina. Mentre è considerato da molti, soprattutto nel mondo anglosassone, uno degli strumenti più attendibili per la diagnosi dei disturbi mentali, esso ha, d'altro canto, da sempre suscitato ampie critiche in quanto ritenuto, al contrario, inaffidabile.

Oltre che come supporto diagnostico e terapeutico, il DSM è utilizzato anche per la costruzione di test e questionari psicologici o per valutare l'idoneità ad esercitare di uno psicologo in formazione (attualmente in Italia è necessario iscriversi all'Albo degli Psicologi per esercitare la professione, e una delle quattro prove costitutive dell'Esame di Stato prevede la descrizione di un caso clinico, il più delle volte valutato seguendo i criteri del DSM). I Corsi di Laurea sono ricchi di riferimenti a questo strumento diagnostico. È utilizzato anche da Compagnie di assicurazione sulla salute per determinare la copertura assicurativa.

Il DSM è al centro di numerose critiche, dal momento che non a tutti sembra uno strumento adeguato per valutare la situazione clinica di una persona. Opinioni difformi da quella dell'APA criticano la sua struttura rigidamente statistica, in particolar modo la scelta dei *cut-off* che porterebbero a diagnosticare un disturbo mentale ad una persona con tre delle caratteristiche richieste, allo stesso modo di una persona con sette di quelle caratteristiche e "a scapito" di chi ne raccoglie solo due. In sostanza, si riproduce un modello neo-positivista di spiegazione, cioè, si riproduce la c.d. "nosografia" che è un metodo descrittivo della malattia psichiatrica su basi di etichettamento non necessariamente corrispondenti alla realtà.

Inoltre l'approccio descrittivo del DSM impedisce di individuare qualche riferimento alle caratteristiche soggettive del paziente, agli effetti della sua esperienza e la sua storia personale. Senza contare che un riferimento acritico ad esso, non supportato da ulteriori analisi cliniche, sacrificherebbe inevitabilmente ogni aspetto "psicologico-clinico", nella sua (ormai rara) accezione di "intervento sul caso".

Gruppi di attivisti omosessuali misero in discussione la posizione dell'APA riguardo l'omosessualità, descritta sul DSM-II come una deviazione sessuale. Nel 1974, quindi, i membri dell'APA si riunirono per decidere se continuare a considerare l'omosessualità una malattia, il risultato si esprime da una votazione che decise il cambio di categoria e la rimozione dell'omosessualità dalle malattie. Una conseguenza di questo evento fu l'inizio di lamentele da parte di persone e di scienziati che iniziarono a mettere in discussione il metodo alle spalle del DSM.

Altre critiche riguardano più direttamente *la dimensione etica*, intaccando di conseguenza anche la credibilità scientifica dell'opera: la metà degli psichiatri

che hanno partecipato alla stesura dell'ultima edizione del DSM ha avuto rapporti economici (tra il 1989 e il 2004, con ruoli di ricercatore o consulente) con società farmaceutiche. Si tratta di tutti gli psichiatri che hanno curato la sezione sui disturbi dell'umore e sulle psicosi del manuale, definizioni di disturbi che in quegli anni si sono accompagnate all'impennata nelle vendite di farmaci "appropriati". Queste scoperte hanno fatto tornare in auge, negli ultimi anni, il tema delle "malattie finte", disturbi creati ad hoc (attraverso ad esempio un semplice "accorciamento" del *cut-off* per l'inclusione in una diagnosi) per lanciare nuovi farmaci. Le perplessità di alcuni studiosi statunitensi sono state pubblicate in un articolo della rivista scientifica americana *Psychotherapy and Psychosomatics*, che ha avuto larga eco e diffusione anche in Italia

### **Come si potrà assistere o avvicinarsi ad un PAZIENTE PSICHIATRICO in particolari situazioni?**

Ecco le condizioni in cui potremo operare:

- 1) Il paziente psichiatrico aggressivo e violento
- 2) Il paziente delirante
- 3) Il paziente allucinato
- 4) Il paziente ansioso

#### **Nel paziente psichiatrico aggressivo e violento**

L'aggressività può essere di tipo: verbale, fisica etero diretta e fisica autodiretta (condotte autolesive), essa può essere presente in diversi disturbi mentali: Schizofrenia, Episodio maniacale, Disturbi di personalità (paranoide, antisociale, borderline, Alcool e Sostanze stupefacenti

Esiste un ciclo dell'aggressività

**1) Fase del fattore scatenante:** l'avvio del processo si manifesta con comportamenti verbali ed espressivi (mimici) della persona: stato di attivazione e allerta.

**2) Fase dell'escalation:** aumenta lo stato di agitazione psicomotoria con minacce ad alta voce. Le probabilità di successo degli interventi sono legate alla loro tempestività con un approccio verbale finalizzato al contenimento del paziente.

**3) Fase critica:** è la fase dell'eccitamento massimo; l'attenzione deve essere centrata sulla sicurezza e sulla previsione delle conseguenze.

**4) Fase del recupero:** il paziente deve essere aiutato nel rielaborare l'episodio: un intervento troppo precoce può far riemergere la crisi.

**5) Fase della depressione post critica:** compaiono nel paziente sentimenti di colpa, di vergogna o rimorso dove c'è spazio per una rielaborazione dell'accaduto ed una risoluzione.

Ecco alcune strategie di gestione

Non separarsi dal proprio equipaggio o da altri che potrebbero fornire un aiuto. Controllare che vi sia una via di fuga. Non lasciare che il paziente si ponga fra il

soccorritore e la porta. Se un paziente diventa violento, scappare e aspettare che giunga la polizia.

Non intraprendere alcuna azione che possa essere considerata una minaccia dal paziente per non indurre in lui un comportamento ostile.

Stare sempre in guardia per rilevare la presenza di armi. Rimanere fuori dalle cucine perché in esse sono presenti armi bianche pericolose.

Stare pronti ad individuare eventuali mutamenti del comportamento del paziente.

## **Il paziente delirante**

Gli interventi da attuare

Cercare un rapporto diretto spiegando chi siamo (nome e ruolo)

Evitare di convincerlo con motivazioni razionali: starlo ad ascoltare con atteggiamento comprensivo senza però nascondere la difficoltà a comprendere un'esperienza così difficile da capire.

Non entrare in merito al contenuto del delirio, essere neutrali. Se confermiamo le sue idee deliranti le rinforziamo se le neghiamo passiamo per persecutori.

Porre dei limiti alla discussione quando emergono temi già espressi.

Evitare di screditare o denigrare (ridere) la persona che non interpreta correttamente gli stimoli; non scherzare se dice cose bizzarre, non minimizzare.

Le motivazioni che stanno dietro agli interventi

Chiamare il paziente per nome lo aiuta a mantenere un contatto con la realtà e il proprio senso di identità.

Un approccio di sostegno favorisce la fiducia. Cogliere solo l'angoscia che accompagna il delirio rivolgendo l'attenzione alle emozioni

Discutere del contenuto del delirio può indurre il paziente a percepire l'operatore come una minaccia. Evitare tali contrasti può favorire lo sviluppo di una relazione di fiducia tra l'operatore ed il paziente.

Concentrarsi su aspetti della comunicazione o su situazioni molto concrete aiuta la persona a distogliere il suo pensiero

Il delirio soddisfa un bisogno sottostante di diminuire il panico per il senso di inadeguatezza e mancanza di valore della persona.

## **Il paziente allucinato**

Gli interventi da attuare

Osservare il paziente per identificare segni di allucinazione (risate fuori luogo, movimenti oculari, risposte rallentate, movimento labbra in assenza di suoni, smorfie)

Quando è possibile stabilire il contenuto dell'allucinazione ("Cosa vede in questo momento?", "Cosa le dice la voce?")

Accertare la reazione del paziente alle allucinazioni.

Riconoscere i sentimenti e le emozioni che il paziente prova rispetto al sintomo; fare domande aperte chiedendogli di descrivere la sua esperienza. Offrire un feedback di sostegno basato sulla realtà affermando: "So che lo vedi, ma io non lo vedo" che è diverso dal dire: "Non c'è niente!"

Le motivazioni che stanno dietro agli interventi

Il riconoscimento precoce del sintomo può aiutare l'operatore a prevenire le risposte aggressive del paziente all'imperativo dell'allucinazione.

Può aiutare l'operatore a stabilire un livello di osservazione necessario alla sicurezza del paziente (le allucinazioni imperative impongono ordini a suicidarsi o di violenza, che il paziente può attuare in maniera impulsiva).

Le allucinazioni possono spaventare o confondere il paziente che può, di conseguenza, avere bisogno di una supervisione attenta.

Le risposte empatiche e di sostegno favoriscono la fiducia e aumentano il senso di sicurezza e di realtà.

Riconoscere le percezioni del paziente e nel contempo rispondergli francamente può aiutarlo a incominciare a distinguere il reale dall'irreale.

## Il paziente ansioso

L'ansia diventa una risposta disadattiva quando è costante, indipendentemente dalla situazione, o quando porta ad episodi di estrema vigilanza, eccessiva tensione motoria, iperattività e ridotta concentrazione. L'ansia si manifesta sia sul versante psichico che su quello somatico.

Di solito c'è un continuum ansia - angoscia - paura

**ANSIA** è uno stato di profonda agitazione emotiva causato dall'incertezza e dalla preoccupazione che si verifichi un fatto spiacevole o non si verifichi qualcosa di desiderato si dice ansia.

**ANGOSCIA** è una più grave perturbazione psicofisica, un vero e proprio tormento interiore; nel parlare comune i due termini sono utilizzati indifferentemente per descrivere un timore le cui cause non sono chiaramente identificate.

**PAURA** è invece un turbamento emotivo episodico e causato da un pericolo presente o imminente.

Gli interventi da attuare

Mantenere un atteggiamento calmo non direttivo mentre si avvicina il paziente. Allontanare eventuali persone presenti e mantenere bassi gli stimoli ambientali. Tranquillizzare il paziente sul fatto di essere al sicuro: mostrare rispetto ed empatizzare con la sofferenza; restargli accanto fino a che l'episodio sia risolto. Rassicurare il paziente anche attraverso domande o parlando, usando parole semplici, messaggi brevi e in modo chiaro.

Incoraggiare il paziente, quando il livello d'ansia si è abbassato, a parlare della sua esperienza con il medico o l'infermiere.

Le motivazioni che stanno dietro agli interventi

L'ansia è contagiosa e può essere trasmessa al paziente (e viceversa); in presenza di un operatore calmo il paziente avrà la sensazione di essere compreso e al sicuro.

Un ambiente troppo stimolante può incrementare il livello d'ansia.

Questa sensazione può essere trasmessa dalla presenza fisica dell'operatore (il paziente può temere per la propria vita e per questo tale presenza riduce l'incertezza); la vostra partecipazione affettiva in qualità di ascoltatore renderà la relazione più profonda.

In una situazione d'ansia intensa il paziente è in grado di comprendere solo le comunicazioni elementari.

Questo può favorire l'espressione da parte del paziente di elementi significativi sulla possibile presenza di fattori ansiogeni responsabili dello stato ansioso.

### **T.S.O.**

*trattamento sanitario obbligatorio*

e

### **A.S.O.**

*accertamento sanitario obbligatorio*

### **per motivi psichiatrici**

Sono istituiti dalla L.180/1978 e regolamentati dagli artt. 33-35 L. 833/1978.

Un tempo esisteva il "**ricovero coatto**" (L. 36/1904) basato sul concetto di "**pericolosità per sè e per gli altri e/o pubblico scandalo**", fortemente orientato verso la difesa sociale.

Oggi si valutano la gravità clinica e di urgenza, e quindi diventano procedure esclusivamente finalizzate alla tutela della salute.

Vengono emanate dal Sindaco su proposta motivata di un medico. La procedura impone infine l'informazione dell'avvenuto provvedimento al Giudice Tutelare di competenza.

## **L. 23-12-1978 n. 833**

**Istituzione del servizio sanitario nazionale.**

Publicata nella Gazz. Uff. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.

omissis

**33. Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.**

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove, necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

#### **34. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.**

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

#### **35. Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale.**

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Omissis

## **L. 13-5-1978 n. 180**

### **Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.**

Pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.

#### **1. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.**

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

#### **2. Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.**

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

### **3. Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.**

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

L'omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

### **4. Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio.**

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

### **5. Tutela giurisdizionale.**

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

### **6. Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per**

### **malattia mentale.**

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'*articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616*, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo - che sono ordinati secondo quanto è previsto dal *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128*, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

### **7. Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.**

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli *articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264*, convertito con modificazioni nella *legge 17 agosto 1974, n. 386*, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'*articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946*, convertito con modificazioni nella *legge 27 febbraio 1978, n. 43*.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province di Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri<sup>(3)</sup>.

---

(3) Vedi, ora, l'*art. 64, L. 23 dicembre 1978, n. 833*.

### **8. Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici.**

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

#### **9. Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici.**

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'*articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128*.

#### **10. Modifiche al codice penale.**

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: «di alienati di mente».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: «di infermi di mente o».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: «a uno stabilimento di cura o».

#### **11. Norme finali.**

Sono abrogati gli *articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36*, concernente «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati» e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223*, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

## **IL RICOVERO**

in **psichiatria** è un atto molto importante che riveste sia un significato pratico che simbolico.

Proprio per questo motivo, quando ciò è possibile, occorre venga deciso dallo psichiatra.

A differenza dei ricoveri in reparti medici che sono **INDICATI** o al massimo **NON SERVONO A NULLA**, in psichiatria il ricovero o è **INDICATO** o è **CONTROINDICATO**.

Il ricovero può, infatti, costituire un trauma intenso; può determinare nel paziente, nei familiari e nel contesto sociale l'idea di gravità che il paziente per molto tempo si dovrà accollare.

In situazioni particolari occorre costringere il paziente ad accettare il ricovero. Si tratta, fortunatamente, di casi rari.

Mentre un tempo la motivazione della legge era "**pericoloso per sé e per gli altri**" attualmente occorre la contemporanea presenza di tre elementi: necessità di cure, impossibilità ad effettuare queste cure a domicilio, rifiuto del paziente ad accettare le cure.

Il **concetto di cura** ha quindi sostituito quello della pericolosità anche se nella realtà spesso capita che le due problematiche si sovrappongano e si intreccino. Occorre **proposta** di ricovero di un qualsiasi medico, anche libero professionista che abbia visitato il paziente.

E' importante sottolineare questo aspetto perché, a volte il medico di famiglia, che conosce quella persona, potrebbe essere portato a stilare una proposta di ricovero sulla base delle proprie conoscenze senza visitare direttamente il paziente.

Sarebbe un grave errore, oltretutto illegale. Alcuni medici, se il paziente rifiuta il colloquio o non apre la porta di casa, ritengono esaurito il loro compito.

**E'SBAGLIATO!** Anche in questo caso vi è la responsabilità di decidere se, proprio in base a questo rifiuto, si può pensare che il paziente sia malato e quindi a volte occorre chiamare il servizio psichiatrico pubblico o le forze dell'ordine per effettuare un intervento.

Molto spesso siamo chiamati a svolgere questo non certo simpatico compito che, come abbiamo detto di esclusiva competenza della Polizia Municipale o Locale, anche se la legge e le sentenze ci attribuiscono compiti di "controllo" nella realtà dei fatti siamo noi a dover accompagnare coattivamente il malato presso la struttura ospedaliera esponendoci a non pochi rischi.

Troppo spesso i malati psichiatrici, non sono affetti da sole malattie mentali, ma proprio a causa di queste possono essere affetti da scabbia, TBC, epatite C, HIV o altre malattie veneree facilmente trasmissibili; dobbiamo quindi essere dotati di tutti i sistemi di protezione atti alla salvaguardia della nostra salute.

D'altro canto, non sempre i soggetti sottoposti a TSO sono catatonici, quindi passivi.

Molto spesso, infatti, rifiutano le cure in quanto ritengono di essere "**sani**" o peggio ancora perseguitati dai familiari e dal medico, in questo caso, gli operatori che eseguono il TSO, sono "**nemici**" dei pazienti, questi cercheranno di sottrarsi con tutti i mezzi a loro disposizione al ricovero spinti dallo "spirito di sopravvivenza".

Frequentemente gli operatori devono applicare i diversi mezzi di contenzione ai pazienti ricorrendo anche all'uso della forza fisica.

I SUGGERIMENTI per il nostro intervento

Incolumità dell'operatore prima di tutto!

Uso delle cinghie: unico presidio disponibile.

Non porsi tutti di fronte al paziente, meglio che un collega stia dietro o in prossimità per intervenire in caso di bisogno.

Mettere cinghie a scopo precauzionale (servono anche per l'incolumità del paziente che agitandosi può ferirsi).

Mettere le cinghie facendo appoggiare le braccia del paziente sopra la coperta per averle sempre in vista (potrebbe avere un'arma es. coltello, taglierino, siringa).

Di seguito alcuni presidi utilizzati per l'intevento:

	<b>Cintura (Waist)</b> 1° livello di contenzione. Consente al paziente libertà di sedersi e di muoversi nel letto o sulla poltrona.  Completa di cinghie laterali, n. 3 sistemi di chiusura, n. 3 chiavi magnetiche e fascia pelvica.		<b>Side Strap</b> Cinghia laterale multiuso. Viene utilizzata per posizionare il paziente su un lato o come cinghia pelvica per evitare lo scivolamento o come estensione.
Taglia universale (circonferenza vita da 52 a 112 cm).			Completa di n. 1 sistema di chiusura perno/bottone
<b>Art. 490.0001</b>		<b>Art. 490.0001A</b>	

	<b>Extender</b> Allunga di 25 cm la cintura. Per pazienti più robusti.  Completo di n. 1 sistema di chiusura perno/bottone.		<b>Shoulder Belt</b> Viene utilizzata insieme alla cinghia Bed Strap (art. 490.0008) che funge da ancoraggio al letto, per mantenere il paziente in posizione distesa.
			Completa di n. 1 sistema di chiusura perno/bottone.
<b>Art. 490.0002</b>		<b>Art. 490.0003</b>	

	<b>Limb Belt</b> Cinghia universale. Permette un rapido ed efficace controllo di caviglie e polsi, specialmente nelle situazioni di emergenza. Il polsino si adatta con naturalezza al polso o alla caviglia.  Completa di n. 2 sistemi di chiusura (chiavi magnetiche non incluse).		<b>Kit Completo</b> Contiene tutti i componenti per gestire qualsiasi situazione: dal paziente anziano in stato confusionale la cui incolumità deve essere garantita sia a letto che sulla poltrona al paziente violento in grado di aggredire e ferire altre persone.
<b>Art. 490.0004</b>		<b>Art. 490.0007</b>	